

証 明 書

1 出産者の氏名 (年 月 日生)

2 妊娠中の場合
出産予定日 平成 年 月 日

3 妊娠4か月以上で異常分娩等した場合
死産・早流産等した日 平成 年 月 日

4 単胎・多胎の別 ☐単胎 ☐多胎 (胎児の数:)

上記のとおり証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

所 在 地 _____ TEL _____

医師又は助産師氏名 _____ 印